9

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DE LA VESSIE

THÈSE

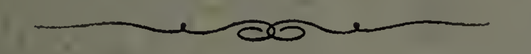
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellièr
Le 6 Mars 1875

Par César DURAND

né à Mâcon (Saône-et-Loire)

DOCTEUR EN MÉDECINE

Ex-Médecin Aide-Major de l'armée de l'Est (octobre 1870-août 1871).



MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES; ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1875

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mars 1875

Par César DURAND

né à Mâcon (Saône-et-Loire)

DOCTEUR EN MÉDECINE

Ex-Médecin Aide-Major de l'armée de l'Est (octobre 1870-août 1871).

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES; ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1875

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE.

C. DURAND.

A MA MÈRE.

A MA GRAND'MÈRE.

A MON FRÈRE,

Receveur de l'Enregistrement

A ma Belle-Sœur et à ma Nièce.

A mon Oncle et à ma Tante DUSSERRE.

A mon Cousin et à ma Cousine DUSSERRE.

A ma Cousine Marie DUSSERRE.

C. DURAND.

A M. BOUISSON,

Membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique;
Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier;
Membre de l'Assemblée Nationale; Officier de la Légion d'Honneur, etc., etc.

A M. MOUTET,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

A M. ESTOR,

Professeur d'Histologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

A M. JACQUEMET,

Professeur-Agrégé de la Faculté de médecine. de Montpellier.

A M. LÉTIÉVANT,

Chirurgien-Major des hôpitaux de Lyon.

C. DURAND.

A MA FAMILLE.

A mes Maîtres.

A mon excellent Ami M. SERVEL,

Chevalier de la Légion d'Honneur, Interne à l'Hôpital-Général.

A MES AMIS

MM. SAINT-PAU, Étudiant en médecine; Albert LACROIX, Lieutenant du Génie;

Adolphe SAILLY, Receveur des Domaines;

Louis BOUVEROT et Paul BOZONNET, Étudiants en médecine.

C. DURAND.

AVANT-PROPOS.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le courant du mois de septembre dernier, dans la salle de Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi, un cas remarquable de polype de la vessie. La rareté de cette tumeur, la difficulté du diagnostic, nous engagèrent, après l'autopsie du malade, qui mourut avant d'avoir été opéré, à étudier avec soin une lésion aussi intéressante. L'avantage précieux que nous avions d'être admis au laboratoire d'histologie, à l'occasion de quelques travaux iconographiques que M. le professeur Estor avait bien voulu nous confier, nous a permis de nous livrer à des recherches histologiques précises sur la nature de cette néo-formation, et de compléter ainsi les données fournies par l'examen macroscopique.

L'intérêt que nous a présenté cette étude, les conclusions que nous avons cru pouvoir en tirer au point de vue du traitement, nous ont donné la pensée qu'elle ne serait point déplacée dans une Thèse inaugurale.

Si ce modeste travail renferme quelque chose de bon, nous le devons tout entier aux principes que nous avons reçus de nos Maîtres ; pour ce qu'il a de défectueux, nous osons espérer qu'il nous sera tenu compte de la nature du sujet et de notre bonne volonté.



CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DES

POLYPES DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER.

DÉFINITION.

Dans le principe, on entendait par Polypes les tumeurs des fosses nasales qui proéminent sous forme d'appendices volumineux plus ou moins pédiculés, semblables en cela aux animaux qui lui ont valu ce nom. Bientôt on oublia qu'ils devaient avoir des radicules multiples pour justifier cette comparaison, et l'on donna le nom de Polype à toute tumeur présentant une base rétrécie, quel qu'en fût le siége. Plus tard enfin, on divisa les Polypes, d'après certaines particularités de forme, en Polypes vrais et en Fongus. Nous n'entreprendrons pas ici la critique de ces dénominations purement extérieures, ni des monographies auxquelles elles ont donné sujet. De nos jours, l'histologie pathologique a fait justice

d'une classification des tumeurs, si inexacte lorsqu'il s'agit d'indiquer la nature des éléments dont elles sont formées.

Mais, si des moyens d'investigation plus parfaits ont permis aux savants modernes de substituer, dans les ouvrages d'anatomie pathologique, aux dénominations anciennes des tumeurs une nomenclature plus rationnelle, la forme extérieure des tumeurs n'en conserve pas moins une grande importance pour les chirurgiens.

C'est à cette considération que nous devons d'avoir donné à notre Thèse inaugurale le titre de *Contributions à l'étude des Polypes de la Vessie*, et nous entendons désigner ainsi toute tumeur implantée par un pédicule sur la paroi interne du réservoir urinaire, sans préjudice de la nature intime du tissu dont elle est formée.

OBSERVATION.

Le nommé H.-Gr.... Martin, âgé de 67 ans, journalier, domicilié à Montpellier, né à Hauteville-Gondon (Savoie), était entré à l'Hôpital Saint-Éloi le 28 août 1874, présentant quelques symptômes adynamiques. Il fut envoyé dans le service de la clinique médicale, quand le 31 août on s'aperçut qu'il était atteint de rétention d'urine. C'est alors qu'il fut transféré dans la salle Saint-Éloi, au lit n° 24, où il a été l'objet de notre observation.

La question des antécédents du malade n'a pu être élucidée.

Un état d'imbécillité très-prononcée le mettait hors d'état de répondre aux questions qui lui étaient adressées. Cet état coïncidait d'ailleurs avec la présence de goîtres très-volumineux, qui, comme nous l'avons vu plus tard à l'autopsie, avaient comprimé les organes du cou et repoussé les vaisseaux carotidiens jusqu'en arrière vers la nuque, la trachée et l'œsophage jusqu'en dehors des apophyses transverses des vertèbres cervicales. En présence de cette impossibilité d'obtenir des signes anamnestiques, les symptômes actuels devinrent notre seule ressource.

L'aspect général du malade était misérable, son faciès pâle, amaigri,

sans énergie. Il était comme indifférent au monde extérieur. De temps à autre il poussait quelques plaintes en indiquant de la main la région hypogastrique, surtout au moment où l'on se préparait à pratiquer le cathétérisme. Il lui était impossible de se tenir debout. Affaissé dans son lit, il se montrait d'ailleurs d'une grande docilité au moment des explorations. Il ne présentait rien d'anormal du côté des systèmes vasculaire et respiratoire. Les troubles du tube digestif se bornaient à un peu d'anorexie et de diarrhée.

Du côté des organes génito-urinaires, on constatait les symptômes suivants: Besoins fréquents d'uriner, surtout dans la seconde moitié de la nuit et le matin; dès que la vessie tendait à expulser son contenu, sensation de douleurs dans la région hypogastrique, douleurs s'irradiant dans les régions lombaire et périnéale. Jet d'urine difficile, et, malgré les efforts du malade, tombant sans aucune tendance à la projection en avant. Souvent même, l'urine ne coulait que goutte à goutte, et quelquefois les contractions les plus énergiques ne pouvaient amener l'expulsion de la moindre quantité de liquide. D'autres fois enfin, le jet commencé était brusquement interrompu, comme si, sur l'orifice uréthro-vésical, une soupape s'était subitement interposée entre le liquide et le conduit vecteur de l'urine.

Jamais de sang n'a paru dans le cours de l'observation. Quant à l'urine, examinée au microscope, elle montra quelques détritus épithéliaux en faible quantité. Vers la fin de notre observation, l'urine se présentait comme un liquide blanchâtre, louche, exhalant de fortes odeurs ammoniacales.

Le cathétérisme fut pratiqué, mais non sans difficulté, avec une sonde métallique. Celle-ci, en effet, s'engagea d'abord dans de fausses routes, dues probablement à des explorations antérieures, et ne fut conduite que tardivement dans l'intérieur de la vessie. Cet organe fut vidé et rempli de nouveau par une injection d'eau tiède. La sonde, promenée dans l'intérieur de la vessie, du côté droit, n'indiqua rien d'anormal. Mais, au moment de traverser la partie médiane, immédiatement sur la limite de la moitié gauche, elle fut brusquement arrêtée par un obstacle

assez résistant. Il fallut, pour permettre à la sonde de doubler cet obstacle, abaisser le pavillon d'une hauteur assez considérable. La sonde retomba alors dans la partie gauche de la cavité. Pour revenir à droite, l'obstacle se représentait, et la même manœuvre devenait nécessaire.

Le toucher rectal ne put donner aucun indice sur la présence de cet obstacle.

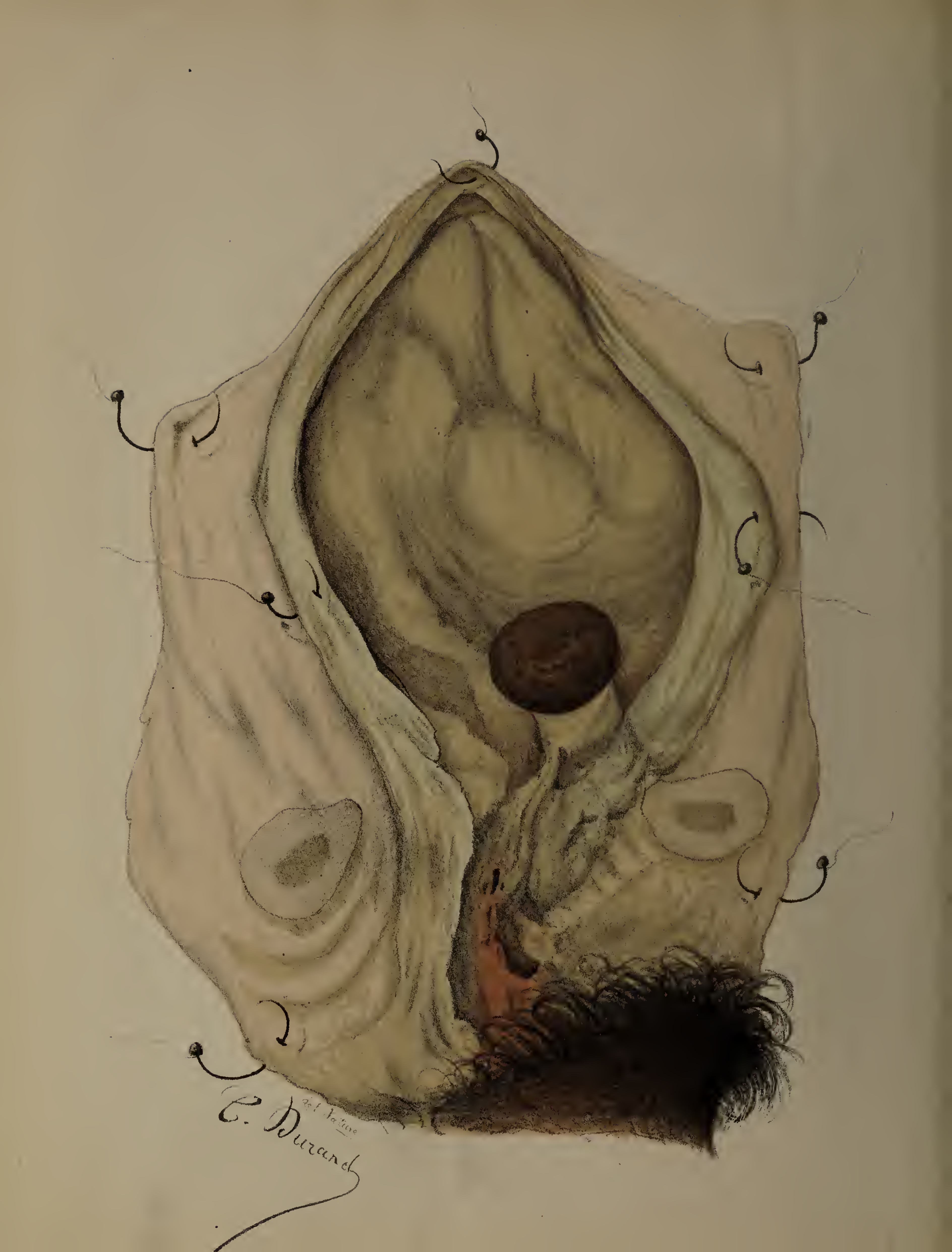
Le lendemain eut lieu une nouvelle exploration. Cette fois la sonde, après avoir été de nouveau arrêtée par les fausses routes, fut dirigée directement en avant dans le sens de l'obstacle rencontré la veille. Immédiatement après avoir franchi le col vésical, elle se trouva brusquement arrêtée par l'obstacle sur la face antérieure duquel elle était allée butter. En retirant un peu la sonde, en la faisant basculer tantôt à droite, tantôt à gauche, on pénétrait sans difficulté dans l'intérieur de la vessie.

Le toucher rectal fut de nouveau pratiqué. Combiné avec la pression de la sonde contre l'obstacle, il permit de sentir une tumeur développée dans l'intérieur de l'organe, mais trop élevée cependant pour indiquer clairement ce que pouvait être cette tumeur. Elle semblait cependant pédiculée, puisque la sonde arrêtée dans son passage transversal était obligée de remonter comme le long d'un coin implanté perpendiculairement sur une surface. Mais il fut impossible d'en reconnaître exactement la forme, et surtout la nature.

Quoi qu'il en soit, un traitement palliatif fut institué. Les symptômes adynamiques que le malade avait présentés à son entrée à l'hôpital avaient disparu. On se contenta donc de pratiquer le cathétérisme aussi souvent que possible, pour éviter au malade les douleurs inévitables d'une miction impuissante à s'exécuter. Peut-être allait-on songer à un traitement chirurgical quelconque, lorsque le malade mourut presque subitement, le 24 septembre, à dix heures du matin.

AUTOPSIE.

L'autopsie était intéressante à plus d'un titre. Elle fut pratiquée le lendemain, en présence de M. le Professeur de Clinique chirurgicale. Il eut la satisfaction de voir entièrement confirmée l'opinion qu'il avait


C. Durand

émise depuis quelques jours, sur la présence d'un polype dans l'intérieur de la cavité vésicale.

M. le professeur Moutet a bien voulu nous autoriser à reproduire à la fin de ce travail le dessin de la tumeur, fait d'après nature. Qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici nos sentiments de reconnaissance.

Nous avons déjà parlé, au commencement de l'Observation, des goîtres kystiques présentés par le malade, et des anomalies de position des organes du cou. Nous ne reviendrons donc pas sur leur description, d'autant plus que leur étude nous entraînerait trop loin de notre sujet, et pourrait elle-même servir de base à d'intéressants travaux. A part cela, les organes ne présentaient rien de remarquable ni d'anormal.

La vessie fut alors ouverte, et immédiatement l'on aperçut, en arrière du col vésical, presque sur la ligne médiane, la tumeur, cause des troubles éprouvés par le malade. Sur la Planche que nous donnons à la fin de notre travail, cette tumeur paraît placée un peu sur le côté gauche, mais c'est un effet dû à la perspective et au renversement très-prononcé de la paroi vésicale. Le canal lui fait suite, mais éprouve un changement de direction que nous expliquerons en admettant que, le lobe moyen de la prostate s'étant hypertrophié, le canal s'est dévié pour trouver une situation plus commode et moins gênante. C'est ce qui nous expliquera aussi ces deux fausses routes que l'on remarque à 4 centim. en avant de la tumeur, et dues aux passages de la sonde de l'observateur, à qui rien ne pouvait révéler cette déviation mécanique.

Nous avons eu l'occasion, depuis l'autopsie de notre sujet, d'examiner un certain nombre de vessies. Cet examen nous a permis de constater que, dans le cas qui nous occupe, les parois étaient bien différentes de l'état normal de l'organe. En effet, elles présentaient une épaisseur considérable, et même un certain degré de dureté, de rigidité, dues à l'hypertrophie des parois. Même en exerçant une tension considérable, on effaçait difficilement les plis nombreux qui sillonnaient le bas-fond de la cavité urinaire. Ces plis étaient épais, musculeux, tous dirigés dans le même sens, c'est-à-dire décrivant une courbe transversale et de plus en plus prononcée, à mesure qu'ils se rapprochaient de l'orifice uréthro-

vésical. Nous pensons que la pression de l'urine sous les efforts du malade n'est pas étrangère à la distension du bas-fond de la vessie et à la formation de ces replis qui se présentaient aussi au niveau de la paroi antérieure, malgré le relâchement des fibres dû à la section verticale de l'organe. La vessie était donc complétement hypertrophiée.

La couleur de l'épithélium vésical était bleuâtre, foncée en quelques endroits, claire dans d'autres, brunâtre dans le fond, grisâtre au-dessus. Aucune trace d'altération organique, si ce n'est à la base de la tumeur, où cette membrane formait un peti trebord serré et aplati, blanchâtre, et se continuait ainsi avec celle qui recouvrait le pédicule de la tumeur.

Cette tumeur se trouvait, comme nous l'avons déjà dit, presque sur la ligne médiane, à 50 millim. en arrière du col vésical, et se présentait sous la forme polypeuse, ou mieux encore sous celle d'un champignon, c'est-à-dire formée par un pédicule droit, cylindrique, assez élevé, et par une tête aplatie, élevée un peu au centre, et débordant sensiblement par son bord la limite de la circonférence du pédicule, dont elle se distinguait du reste par une coloration toute différente. En effet, la couleur du pédicule était d'un blanc grisâtre sale; celle de la tête, brunâtre, foncée, s'arrêtait brusquement au niveau du pédicule.

Au toucher, la tête était comme grenue, molle, un peu dépressible; le pédicule, au contraire, uni, dur, comme poli, perpendiculairement implanté comme une cheville sur la surface vésicale. D'une forme très-régulière, le pédicule avait 32 millim. de long, 40 de circonférence; la tête, au contraire inégale, d'une épaisseur de 5 millim, présentait un sillon transversal qui semblait être formé par la pression vive qu'il devait exercer souvent contre l'arête de l'orifice uréthro-vésical, car il était facile d'incliner le polype et de l'adapter sur l'orifice.

Nous avons trouvé là l'explication des phénomènes présentés par notre malade: cette impossibilité d'uriner malgré les plus grands efforts, et d'autres fois ces brusques interruptions dans l'évacuation de l'urine.

Un sillon circulaire, formé par un repli des tuniques vésicales, séparait la tumeur de la paroi. Il se voyait sur toute la circonférence, excepté en avant, où il laissait un espace de 3 à 4 millim., qui au contraire semblait

se soulever et s'étendait avec une forme losangique jusqu'au niveau du vérumontanum, et se perdait ensuite sur les côtés du canal de l'urèthre. A gauche de ce soulèvement, le sillon circulaire se continuait et descendait avec lui au même niveau et aboutissait à deux espaces situés, l'un en avant de l'autre, le premier plus grand que le second. Là, la muqueuse du canal était déchirée, et il existait des traces récentes d'inflammation. Il est probable que ces deux lésions, dues à un traumatisme instrumental, existaient depuis longtemps. On remarquait encore plusieurs fausses routes; l'une dans le sillon à droite de la tumeur, l'autre en avant de la tumeur, au milieu de cette partie que nous avons décrite comme soulevée jusqu'au niveau du vérumontanum.

En dehors du sillon circulaire, la paroi vésicale s'étendait lisse dans une certaine étendue, ne présentant nulle trace, soit d'inflammation, soit de lésion traumatique.

Quant au canal, il présentait aussi quelques particularités. Ainsi sa direction n'était plus rectiligne, mais dirigée suivant une courbe tracée de gauche à droite d'abord, puis de droite à gauche. Nous nous sommes assuré que cette déviation n'était pas due à une simple disposition anormale des tissus pendant l'autopsie, mais qu'elle n'était réellement que la conséquence de celle qui existait pendant la vie du sujet. Quel rapprochement du reste ne pouvait-on pas faire entre cette déviation et ces deux fausses routes situées précisément au commencement de changement de direction du canal? La sonde tendait tout naturellement à suivre la ligne droite, et devenait une cause permanente d'inflammation dans cette partie de l'urèthre.

Le reste du canal ne présentait rien de particulier, si ce n'est quelques traces légères et récentes d'inflammation qui s'étendaient depuis l'orifice jusqu'à la moitié antérieure de la partie spongieuse de l'urèthre.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

L'examen histologique de la tumeur, que nous avons fait sur des coupes d'une ténuité extrême et très-étendues, obtenues à l'aide du micro-

tome de mon excellent ami M. Servel[1], préparateur du laboratoire d'Anatomie pathologique de cette Faculté, nous a permis d'étudier à la fois sa structure générale et la configuration des diverses parties de la tumeur.

Tout d'abord, en promenant la préparation pour les examiner dans leur ensemble, on est frappé de la multiplicité des éléments qui la constituent, et parmi eux, de leur différence d'affinité pour le carminate d'ammoniaque qui nous a servi pour leur coloration. Sur la limite des coupes correspondant à la périphérie du polype, nous trouvons par place quelques cellules puvimenteuses stratifiées, de forme variable, à noyaux volumineux, et d'apparence vésiculeuse ; dans d'autres points, il n'existe plus de traces de ce revêtement, qui paraît constitué par l'épithélium vésical.

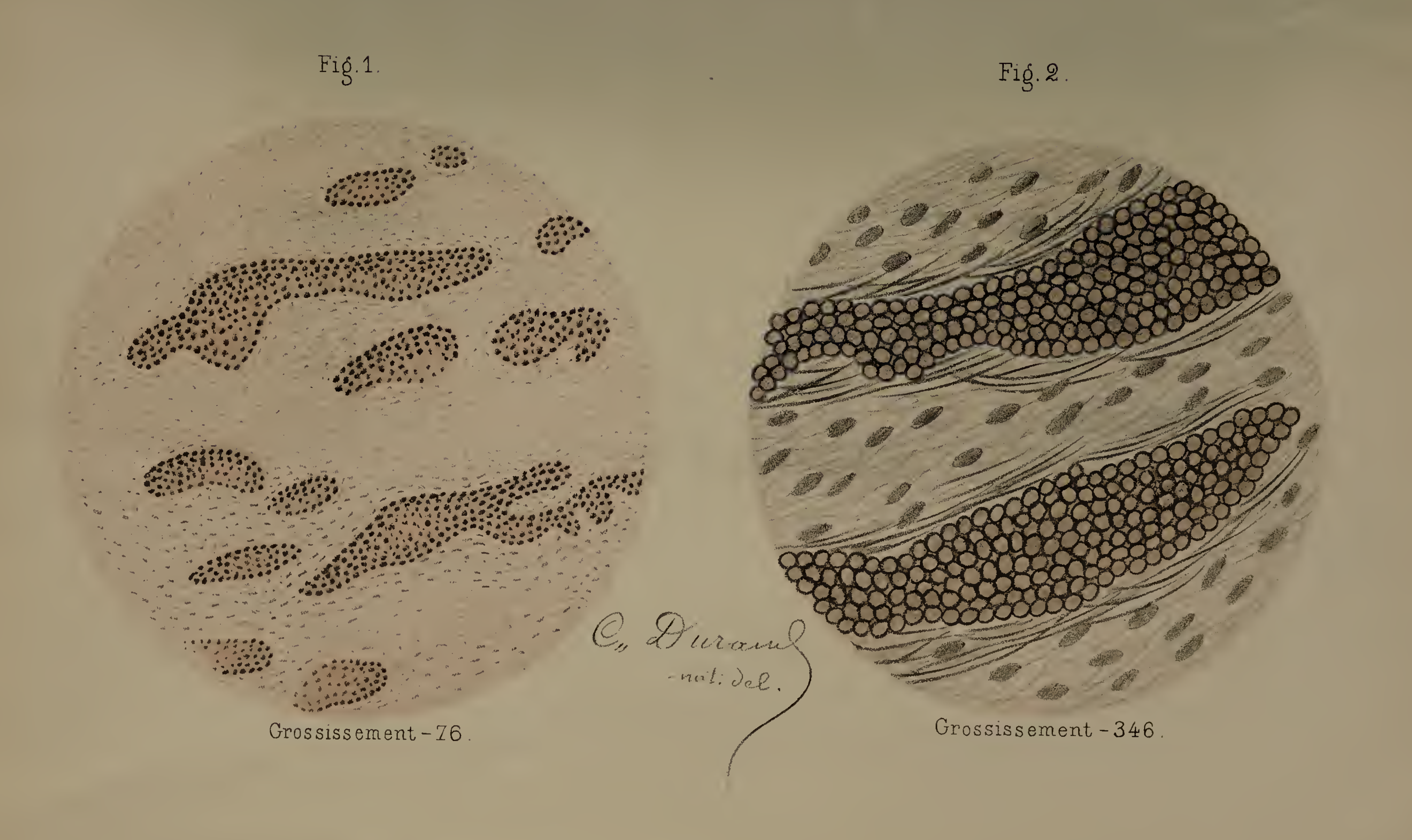
En poursuivant l'examen, en dedans de cette couche, nous trouvons des trabécules de tissu conjonctif contenant dans leurs mailles des gouttelettes irrégulières, très-réfringentes, présentant l'aspect de la dégénérescence amyloïde; nous ne pouvons toutefois rien préciser à cet égard, puisque ni l'appareil à polarisation de Verick, ni la réaction de la teinture d'iode ne viennent confirmer nos prévisions. Peut-être avons-nous affaire simplement à des gouttelettes graisseuses? Peut-être aussi devons-nous à l'action des réactifs déjà employés pour le durcissement, l'impossibilité d'une investigation plus complète?

Çà et là, au milieu de ces mailles de tissu conjonctif, nous trouvons un certain nombre de faisceaux de tissus musculaires lisses, entremêlés de cellules arrondies, vivement colorées par le carmin et présentant tous les caractères du tissu conjonctif embryonnaire. Nous observons aussi quelques fibres élastiques rares.

Plus nous nous rapprochons du centre, plus les cellules embryoplastiques sont en abondance, et ce sont elles qui, mélangées avec les fibres lisses, constituent la majeure partie de la tumeur.

Enfin, vers les parties centrales, nous trouvons de grands amas cellulaires très-colorés, bien circonscrits, sans membrane limite spéciale, de

[1] Servel; Note sur l'emploi d'un nouveau microtôme (Arch. de Physiologie, novembre 1874).


Fig. 1.
Grossissement - 76.
Fig. 2.
Grossissement - 346.
C. Durand
nat. del.

forme variée, fusiformes, arrondis. Quelquefois à prolongements multiples et irréguliers, ces amas cellulaires sont circonscrits par des fibres musculaires de la vie organique, disposées en couches concentriques et plus nombreuses que dans le reste de la tumeur. Les éléments qui entrent dans leur constitution sont des globules protoplasmatiques, arrondis, peu volumineux, fortement colorés par le carminate d'ammoniaque et à noyaux peu apparents. Ils mesurent 9 à 10 millièmes de millimètre de diamètre.

Quelles déductions devrons-nous tirer de ces données, résultat d'un examen microscopique attentif et consciencieux? A quel genre de tumeurs rattacherons-nous celle que nous venons d'examiner? Telles sont les questions que nous avons dû nous adresser en présence de la complexité des éléments dont nous avons constaté la présence.

Si, faisant abstraction d'une partie de ces éléments, nous considérions seulement l'un des tissus constituant la tumeur, il nous était facile de lui donner le nom de myôme ou de myxôme, suivant que nous aurions attribué la prépondérance à l'un ou à l'autre des tissus. Mais alors quelle eût été la place réservée à ces amas cellulaires dont l'existence et la forme nous rappelaient l'aspect général des néo-formations cancéreuses, ou simplement celui d'une section de culs-de-sac glandulaires?

Pour éclairer notre diagnostic, nous avons eu recours aux travaux des auteurs les plus autorisés, et en particulier au *Traité des tumeurs* de Virchow; et considérant d'autre part le siége, la forme générale, les rapports de la production pathologique, objet de cette étude, nous avons pensé, éloignant toute idée de dégénérescence cancéreuse, que nous avions sous les yeux ce que Virchow appelle avec raison un myôme hyperplasique de la prostate. C'est en effet dans une hypertrophie du lobe moyen de la prostate que réside toute l'histoire de cette tumeur. Voici d'ailleurs ce que nous trouvons à ce sujet dans le *Traité des tumeurs*, du professeur de Berlin : « Le myôme lobé se développe au centre de la partie supérieure du lobe postérieur de la prostate. Il repousse devant lui la paroi postérieure de la vessie dans la région du col de la vessie, par

conséquent au-dessus de l'orifice interne de l'urèthre. Il forme au début une saillie ronde et aplatie qui s'élève peu à peu et finit par donner une tumeur sphérique ou sphéroïde qui proémine dans la vessie urinaire, rétrécit considérablement le col vésical, et donne parfois elle-même naissance à plusieurs tumeurs secondaires. Il en résulte naturellement un obstacle valvulaire à l'évacuation de l'urine, obstacle qui s'applique contre l'orifice vésical d'autant plus que la pression de l'urine est plus forte et que le tissu musculaire de la vessie agit sur lui. Au début, la sonde repousse assez facilement l'obstacle ; mais plus tard elle s'engage souvent à sa base, d'où résultent des fausses routes qui pénètrent profondément dans le tissu de la prostate, ou qui finissent, en traversant de part en part la base de la tumeur, par rentrer dans la vessie et frayer ainsi une nouvelle voie à l'émission de l'urine.

»En général, le myôme proéminent a une base large, quelquefois il est finement pédiculé comme un polype. Dans un cas, j'ai trouvé une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, d'une grande dureté, dont la coupe laissait parfaitement reconnaître le feutrage des faisceaux trabéculaires s'entrelaçant ; il n'existait aucun élément glandulaire. Le plus souvent ces tumeurs ne sont pas aussi simples, et, tout en étant surtout fibro-musculaires, elles n'en renferment pas moins quelques parties contenant des éléments glandulaires. Ces formes ont plutôt une base large, mais elles peuvent revêtir l'aspect polypeux. »

Il est aisé de reconnaître dans cette description, empruntée à l'ouvrage de Virchow, une analogie frappante avec celle que nous avons faite de notre tumeur : même forme, même situation, mêmes caractères histologique ; tout, en un mot, justifie la dénomination de myôme hyperplasique de la prostate que nous lui avons donnée. Cependant, pour plus de certitude, et en présence de la divergence d'opinion des auteurs d'anatomie normale sur la structure de l'épithélium glandulaire de la prostate, nous avons établi des comparaisons entre nos préparations du polype vésical et les préparations d'une prostate de forme et de structure normales. Cette prostate a été enlevée au cadavre d'un homme de 50 ans environ, mort depuis vingt-quatre heures seulement. L'examen histologique que

nous en avons fait a confirmé en tous points nos prévisions, et il eût été impossible de distinguer entre les deux préparations étudiées ainsi parallèlement une différence quelconque sans la présence, dans le tissu périglandulaire de la tumeur, d'une plus grande quantité de cellules embryoplastiques. Mais le fait que nous avions surtout à établir, c'était la ressemblance parfaite qui existe entre l'épithélium des glandes prostatiques et les amas cellulaires constatés au centre de la tumeur.

Ceux-ci en effet sont formés, comme les culs-de-sac glandulaires normaux, par l'agglomération de petites cellules de 9 millièmes de millimètre de diamètre, arrondies, très-fortement colorées par le carminate d'ammoniaque, et à noyaux volumineux peu apparents. Cette description concorde en partie avec celle que vient d'en donner M. P. Langerhaus [1].

Cet auteur reconnaît deux couches d'épithélium dans la prostate : une couche superficielle formée de cellules cylindriques très-allongées, et une couche profonde composée de petites cellules fortement colorées par le carminate. Mais, ajoute-t-il, ces deux couches se réduisent en réalité à une seule : les petites cellules reposent directement sur la membrane propre, les grandes cellules y adhèrent au moyen de prolongements qu'elles envoient dans les intervalles qui existent entre les premières. Enfin, il constate que le tissu cellulaire sur lequel repose cette double couche est très-riche en fibres lisses.

La seule différence consiste donc dans la présence de grandes cellules cylindriques cachées d'ailleurs par l'agglomération de cellules de plus petit volume, qui en tous points sont semblables à celles que nous avons décrites. Mais, outre qu'elles ont pu être cachées à notre examen, n'est-il pas permis de mettre en doute leur présence vraiment singulière, puisque aucune glande acineuse ne présente deux couches d'épithélium ?

Il nous paraît donc certain que, dans le cas qui nous occupe, nous avons bien affaire à une hypertrophie de la prostate, ou, pour nous servir de la définition de Virchow, à un myôme hyperplasique de cette glande.

Si maintenant nous cherchons à étudier les causes de l'hypertrophie

[1] Langerhaus ; *Archiv. fur Patholog. und Physiologie*, LXI, pag. 208.

de la prostate, nous voyons, surtout d'après l'opinion générale des anatomo-pathologistes, qu'elle est essentiellement une affection de l'âge avancé. Cela s'applique plus justement encore à la forme myômateuse que nous avons constatée chez notre sujet. Pour Virchow, en effet, chez les jeunes gens, l'hypertrophie de la prostate porte spécialement sur la partie glandulaire de l'organe, et cela peut s'expliquer aisément par la suractivité de l'appareil générateur, à cet âge, provoquée par l'abus des plaisirs érotiques. Chez le vieillard, au contraire, les glandes diminuent de volume ; en général, le tissu conjonctif prend une prédominance marquée aux dépens des autres tissus. Ces organes perdent alors de leur souplesse, ce qui occasionne de la gêne dans leurs fonctions. S'il en est ainsi pour la prostate, on comprend dès-lors les difficultés qu'elle peut apporter à l'émission de l'urine; de là aussi, l'hyperplasie générale du tissu musculaire de la vessie. Cette hyperplasie se communique par continuité aux muscles de la glande prostatique qui forme l'obstacle ; elle est elle-même irritée par les efforts sans cesse répétés de la vessie ; la circulation s'accroît dans son tissu et donne lieu ainsi à des phénomènes d'hyperémie et de prolifération très-marqués.

C'est ainsi que nous expliquerons, à défaut d'autres données, le processus pathologique qui a amené au début la saillie du lobe moyen de la prostate chez notre sujet. Plus tard, par son accroissement, il a pu déprimer la vessie vers le sommet du trigone, dissocier lentement les faisceaux musculaires volumineux que renferme cette partie de la vessie, et enfin soulever la muqueuse. Cette portion de la prostate, lentement introduite dans la cavité vésicale, a pris ensuite un accroissement plus rapide encore. Sans cesse comprimée pendant les contractions de la vessie, elle s'est trouvée soumise aux causes les plus actives de l'inflammation. La gêne de la circulation a amené une exsudation abondante de lymphe plastique; des phénomènes de diapédèse ont pu se produire et expliquer ainsi le nombre considérable de noyaux embryoplastiques dont nous avons constaté la présence dans nos préparations de la tumeur.

Pour expliquer la forme pédiculée de la tumeur, il nous suffit de rappeler l'histoire des polypes en général. Les anatomo-pathologistes s'ac-

cordent actuellement à reconnaître que les tumeurs de toute nature peuvent revêtir la forme polypeuse. Elle est déterminée essentiellement par des actions mécaniques de tiraillement et d'élongation auxquelles elles sont soumises. Il en est ainsi pour les polypes nasaux ou naso-pharyngiens, les polypes utérins, etc., etc. C'est aussi aux effets combinés de constriction d'une part, de projection en avant d'autre part, et aux efforts de la vessie pendant la miction, qu'est due certainement la forme polypeuse présentée par le myôme prostatique que nous avons décrit.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES OPINIONS DES AUTEURS.

La définition que nous avons donnée des Polypes de la vessie est pleinement justifiée par les divergences d'opinions des auteurs qui ont étudié ces tumeurs. Ils sont loin en effet d'attacher tous le même sens à l'expression qui doit servir à désigner les tumeurs pédiculées contenues dans la cavité vésicale. Pour la plupart, ils ont le tort d'attacher une importance trop grande à des distinctions d'origine, de forme, de consistance. Tous, à l'exception de Nicod, excluent du cadre des Polypes vésicaux les tumeurs de cette forme qui ont leur origine dans le tissu de la prostate. De là, des différences marquées dans l'évaluation de leur rareté ou de leur fréquence. Si Nicod croyait à la fréquence de ces tumeurs, Vidal les considérait comme tout à fait exceptionnelles; Philips leur refuse même le nom de Polypes, pour leur substituer celui de Fongus. D'autres ont fait une distinction entre le Polype et le Fongus, basée sur une plus ou moins grande consistance. Pour Vidal, les fongus de la vessie sont des tumeurs qui naissent dans l'intérieur de la vessie, avec ou sans pédicule, et dont la surface irrégulière devient facilement saignante. Civiale appelle Fongus ou Polypes, les tumeurs qui naissent de la membrane muqueuse de la vessie, que ce soit dans le col ou dans le corps de l'organe, à cause de leur ressemblance et de l'identité de leurs effets. Mais il fait une classe à part des Polypes qui viennent de la Prostate, et il les étudie avec les autres lésions de cette glande. Cette différence, qu'il n'est pas souvent possible

d'établir sur le vivant, comme nous l'avons vu par notre Observation, est de nulle importance dans la pratique, puisque la masse en saillie dans la vessie produit les mêmes symptômes et a été traitée par les mêmes moyens.

Nous rangerons donc dans la même catégorie les Polypes qui sont le résultat de l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate et dont l'effet, lorsqu'ils ont atteint un certain développement, est de fermer l'orifice uréthro-vésical.

Toutefois, nous ferons spécialement l'étude de ces derniers, et, nous appuyant sur les résultats qui nous ont été fournis par notre Observation, nous chercherons, dans un chapitre suivant, à en déduire un mode de traitement spécial.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Toutes les tumeurs développées dans l'intérieur de la vessie peuvent revêtir la forme polypeuse, pourvu qu'elles aient acquis un certain développement ; nous avons déjà indiqué, à propos de celui qui nous occupe, le processus mécanique qui donne à une tumeur cette forme spéciale, aussi n'y reviendrons-nous pas. Voyons donc quels sont les caractères anatomiques spéciaux des diverses végétations pédiculées qui peuvent se rencontrer dans la vessie.

Celles qui naissent directement sur la membrane muqueuse de la cavité vésicale sont en général d'autant moins développées qu'elles sont plus nombreuses. Dans le début, ce sont des végétations molles, cellulo-vasculaires et sans consistance (Civiale). On les voit souvent avec une pierre dont elles sont la conséquence, et, en général dans ces cas, le calcul est rugueux et bosselé ; d'autres fois, développées antérieurement, elles deviennent la cause d'une concrétion dans la vessie.

Quoi qu'il en soit, d'après l'avis de tous les auteurs, de Civiale en particulier, qu'elles aient précédé le calcul ou qu'elles en soient la conséquence, elles s'atrophient ou elles restent stationnaires dès qu'on a enlevé celui-ci.

Elles se développent principalement au sommet du trigone et au pourtour de l'orifice uréthro-vésical. Plus rarement on en a vu à la face postérieure de la vessie, près du bas-fond, et exceptionnellement au sommet de la face antérieure de cet organe.

La forme de ces tumeurs varie beaucoup. En général, elles ont un pédicule étroit, mais elles peuvent aussi s'insérer par leur base. Quelques-unes, dont le pédicule est très-court, ont la forme d'un champignon. Quelquefois elles présentent des touffes fibreuses flottantes. Civiale dit n'en avoir jamais vu de complétement arrondies. Le plus souvent leur défaut de consistance est tel, qu'on a de la peine à les distinguer lorsqu'elles ont été saisies par le lithoclaste. On en a cependant rencontré qui présentaient une dureté considérable, et criant sous le scalpel. Dupuytren prit, dans un cas, pour une pierre, un polype infiltré de sels calcaires et qui ressemblait à une végétation osseuse.

Le volume est aussi peu constant que la forme. Il dépend du nombre des tumeurs, de leur ancienneté et du siége qu'elles occupent. Lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, leurs attaches s'étendent aux tissus profonds (Philips). A ce degré d'évolution, elles sont ordinairement dégénérées.

Lorsque les polypes de la vessie sont développés aux dépens de la prostate, ils viennent en général de la partie postéro-supérieure de cette glande où, depuis Ev. Home, on a admis l'existence d'un lobe postérieur, ou moyen, de la prostate. Ce lobe n'existe pas à l'état normal ; mais il y a chez l'adulte, au-dessous du col de la vessie et entre les deux lobes latéraux, des granulations peu apparentes et qui prennent de l'accroissement chez le vieillard. Elles prennent alors le nom de lobe moyen de la prostate. Ces polypes se développent presque toujours derrière l'orifice uréthro-vésical, et jamais ils ne forment une tumeur dans la portion prostatique de l'urèthre ; la résistance des lobes latéraux étant un obstacle à leur développement dans le canal, c'est dans la vessie, où ils trouvent l'espace libre, qu'ils prennent de l'accroissement (Philips).

D'après l'étude que nous avons faite précédemment de l'action des fibres musculaires du bas-fond de la vessie, sur la tumeur ainsi formée, on

comprend qu'à un certain degré de développement, ces polypes doivent prendre presque nécessairement la forme pédiculée. Dans la grande majorité des cas, ces polypes sont durs, résistants, et ont pu être comparés au tissu cartilagineux par leur consistance.

La coloration, au début, est la même que celle des parties voisines. Lorsqu'ils sont enflammés, comme dans le cas qui nous intéresse, ils deviennent brunâtres et violacés.

Ces tumeurs arrondies, quelquefois bosselées, ont un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf d'oie (Civiale); elles présentent en général un pédicule large, mais elles peuvent aussi être finement pédiculées (Virchow).

ÉTIOLOGIE.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les Polypes de la vessie sont plus rares chez la femme que chez l'homme. On ne rencontre non plus presque jamais ces sortes d'excroissances chez les enfants. Morgagni n'en cite pas un seul cas. Deschamps en cite un chez un calculeux de 12 ans ; Baillie parle d'un malade dont la vessie était remplie par un Polype qui envoyait un prolongement dans l'urèthre. Walter a rapporté également le cas d'une jeune fille qui avait un Polype assez développé pour faire saillie à l'orifice externe de l'urèthre.

Civiale explique la rareté de ces tumeurs chez les femmes et les enfants par la moins grande fréquence des états morbides de l'appareil urinaire, et en particulier de l'état inflammatoire, qui habituellement produit ces excroissances. Mais, nous devons le dire, il nous est impossible de reconnaître dans cette explication rien qui satisfasse un esprit positif, et nous préférons admettre que malgré lui Civiale, en présence des idées que nous avons développées précédemment, a compris dans les Polypes de la vessie les tumeurs développées dans le lobe moyen de la prostate qu'il tenait tant à opérer.

Les Polypes vésicaux sont très-communs chez les calculeux, et en général ils se développent sur le point où repose le calcul. Il n'est pas

besoin, ce nous semble, d'entrer dans de grands détails sur le mode pathogénique qui détermine leur évolution ; on comprend avec quelle facilité un corps étranger dans la vessie peut irriter la paroi vésicale et amener, par action réflexe, l'hypernutrition inflammatoire et la prolifération de son tissu. On en rencontre aussi chez des hommes qui ont pendant longtemps conservé un catarrhe vésical.

Enfin, on en voit chez des sujets qui n'ont jamais présenté ni pierre ni catarrhe. S'il est facile dans les deux premiers cas de donner l'explication de leur évolution, il n'en est plus ainsi lorsque aucune cause tangible ne semble intervenir, pas même certains actes névralgiques, comme le veulent quelques auteurs, et que l'on doit considérer comme un effet et non comme une cause.

Il semble dès-lors probable que, dans ces cas, les auteurs ont eu affaire à de simples végétations prostatiques, comme nous le voyons dans notre Observation. D'ailleurs, le siége habituel de ces excroissances en avant du trigone et qui n'ont été que rarement observées ailleurs, la similitude de la prostate et de l'utérus pendant la vie embryonnaire, et qui, pour cette raison, doivent subir les mêmes lésions dans l'âge avancé, tandis qu'il n'existe pour la vessie rien de semblable, prouvent selon nous surabondamment qu'il en est ainsi.

Nous ne reviendrons pas sur les causes de l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, que nous avons recherchées en faisant la physiologie pathologique de la tumeur que nous avons examinée. Quant aux autres causes invoquées par les auteurs, telles que abus de l'équitation (Home), habitudes sédentaires (Mercier), abus des plaisirs vénériens (Civiale), nous n'y attacherons aucune valeur, et, dans tous les cas, elles ne peuvent s'appliquer, à part peut-être la dernière, à notre malade, qui exerçait la profession de cultivateur.

SYMPTOMATOLOGIE.

Aucun signe ne fait connaître l'apparition des Polypes de la vessie ; le malade, à cette époque de sa maladie, ne ressent rien ou à peu près, et, s'il existe des troubles fonctionnels du côté de la vessie, ils ne sont ni constants ni marqués et se rattachent en général à des complications. A une époque plus avancée, il existe des symptômes plus accusés, mais qui n'ont encore rien de caractéristique. Ainsi, la difficulté d'uriner, l'interruption du jet de l'urine, la douleur que les malades accusent vers le col de la vessie, se retrouvent dans la plupart des maladies qui affectent les organes génito-urinaires.

Quand les tumeurs ont acquis un grand développement, surtout lorsqu'elles ont subi l'effet d'une dégénérescence, elles donnent lieu à des symptômes plus incertains encore ; car alors il y a presque toujours de nombreuses complications, telles que catarrhes, hématuries, au milieu desquelles il est presque impossible de reconnaître ce qui revient au Polype.

La sensibilité des Polypes est peu développée, et souvent des chirurgiens ont pu reconnaître cet état en pratiquant l'opération de la taille. Malgré des froissements et des meurtrissures considérables, les malades n'accusaient aucune souffrance. Enfin Civiale rapporte qu'il en a arraché plusieurs fois, et que les malades n'éprouvaient aucune douleur ; et Mercier dit que Nicod a obtenu par ce moyen de véritables succès.

Il arrive quelquefois, mais très-rarement, que l'expulsion d'une portion de la tumeur polypeuse, lorsque celle-ci est sans consistance, vient révéler la présence de la lésion dans la cavite vésicale ; mais encore ces circonstances peuvent-elles induire en erreur, si l'on n'a pas recours à l'examen histologique. Ainsi, Nicod a pris des caillots sanguins ou du moins de mucus pour des débris d'un Polype.

En résumé, il résulte de l'avis commun des auteurs que la symptomatologie des Polypes vésicaux ne présente rien de spécial ; l'Observation de

notre malade, chez lequel cependant nous n'avons trouvé aucune trace de complication, confirme cette manière de voir.

DIAGNOSTIC.

On peut se faire une idée de la difficulté du diagnostic en présence de l'incertitude des renseignements fournis par les symptômes. Pour l'éclairer, on doit donc avoir recours à des explorations directes. Mais ce mode d'investigation lui-même est loin de donner toujours des résultats très-positifs ; il faut, de la part des chirurgiens, une longue expérience et beaucoup de sagacité, car des chirurgiens célèbres et d'une habileté incontestable, tels que A. Petit et Dupuytren, ont pu s'en laisser imposer dans ces cas pour des calculs de la vessie. Voici le récit de A. Petit lui-même :

« Georges Vigneron, âgé de 28 ans, habitant de Saint-Cyr, éprouve depuis longtemps tous les accidents de la pierre. Je sonde, et crois en reconnaître la présence ; les préparations d'usage achevées, je l'opère, après avoir pris les conseils de MM. Champeau, Martin l'aîné, Cartier et Beaucaire, chirurgien-major du 9me dragons, qui tous, ainsi que moi, ont cru sentir la pierre. Cependant la vessie est ouverte, je la cherche vainement. Je n'embrasse qu'un corps mou, lisse, poli dans sa surface, et qui me paraît une tumeur squirrheuse placée entre le rectum et la vessie. Cette opinion est partagée par les consultants, qui pensent, ainsi que moi, que tout procédé opératoire ne peut plus convenir ; le malade est reporté dans son lit. Sa plaie se referme en peu de jours ; je le mets à l'usage des remèdes fondants ; ils sont inutiles. Les mêmes accidents persistent, la tumeur se développe ; il sort de l'hôpital pour retourner dans ses champs. Après un an de souffrances, il en revient et meurt de consomption. A l'ouverture du cadavre, je trouve dans la vessie un Polype du volume du poing, d'une forme pyramidale et tenant par un pédicule excessivement étroit. »

De quelles difficultés encore plus grandes n'est pas entouré le diagnostic des Polypes vésicaux, en polypes de la vessie proprement dits et en

polypes d'origine prostatique? Civiale lui-même est obligé de le reconnaître à propos d'une Observation, lorsqu'il dit : «Ainsi, rien n'est plus facile de confondre les tumeurs fongueuses ou autres du col vésical, avec les engorgements de la prostate; et le contraire peut aussi avoir lieu sans que le praticien possède le moyen de s'en assurer pendant la vie.»

Cependant, si nous considérons que les tumeurs nées de la muqueuse vésicale sont molles et finement pédiculées, qu'elles sont le plus souvent la suite d'inflammation produite par un calcul ; si nous avons, en outre, égard à l'âge où l'on observe l'hypertrophie de la prostate, à la consistance plus grande du Polype qu'elle produit, à la largeur du pédicule, à leur fréquence relative ; si enfin nous tenons compte de l'absence de calcul dans l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, nous pensons que le praticien, après une exploration attentive, sagement conduite, pourra porter un diagnostic précis. Il ne laissera plus, dès-lors, le malade dans une situation pleine de dangers, et livré à toutes les conséquences de la temporisation, ou d'un traitement incertain et trop souvent malheureux.

EXPLORATIONS.

La sonde ordinaire, comme nous l'avons vu par notre Observation, peut, dans certains cas, suffire à l'examen des polypes contenus dans la cavité vésicale ; mais d'après l'avis des auteurs les plus autorisés, elle serait insuffisante pour faire reconnaître les petits fongus pédiculés. On doit employer les instruments lithotriteurs pour faire ces recherches, et parmi ceux ci, la pince à trois branches est la plus utile. On doit avoir soin de laisser au lithotriteur une grande liberté de mouvements, et il doit glisser sans frottement dans la canule de la pince.

La résistance du polype est si petite, dans beaucoup de cas, que les sensations transmises par l'instrument sont très-obscures et que le plus petit frottement peut empêcher de sentir le contact du lithotriteur et du polype.

Voici les conseils donnés par Philips, auquel nous empruntons le manuel opératoire et les indications de ces sortes de recherches :

«Après avoir fait sortir l'urine, on pousse une injection d'eau tiède dans la vessie, et on y introduit le litholabe. On le développe et on le ramène ouvert contre le col de la vessie ; on lui donne un petit mouvement de rotation, et les tumeurs placées près du col vésical sont introduites entre les branches de l'instrument, ce qu'on reconnaît en poussant le litholabe en avant.

Plus fréquemment, pendant le premier cathétérisme, la sonde est arrêtée dans la portion prostatique de l'urèthre, plus ou moins près du col de la vessie. On ne sait pas alors si cet arrêt est dû à une hypertrophie de la prostate qui a dévié l'urèthre, ou à une tumeur fongueuse. Mais par cette première exploration on sait déjà qu'un obstacle placé près du col empêche la sonde d'entrer facilement dans la vessie, et on précise le siége qu'il occupe, en plaçant le doigt contre le méat urinaire. On retire la sonde sans que le doigt change de place, et on mesure l'espace compris entre le doigt et l'extrémité de la sonde, ce qui représente exactement la profondeur à laquelle est placé l'obstacle.

Lorsqu'il y a un fongus au col de la vessie, la déviation de l'urèthre et l'obstacle sont placés plus profondément que lorsqu'il s'agit d'une hypertrophie de la prostate. Il est donc nécessaire de se servir de sondes très-longues et à très-grande courbure pour pratiquer le cathétérisme.

On introduit ensuite une sonde à courbure brusque munie d'un robinet, jusqu'à la rencontre de la tumeur. Par des mouvements d'inclinaison peu étendus, on cherche la place qu'elle occupe, soit à la paroi inférieure, soit aux parois latérales de la partie prostatique de l'urèthre.

Si l'obstacle est en bas, il suffit d'abaisser fortement et lentement le pavillon de la sonde, pour que le talon passe par-dessus la tumeur et entre dans la vessie.

Lorsque la tumeur volumineuse est placée dans la vessie et sur le trigone, la sonde doit être enfoncée profondément, afin que l'urine sorte par un jet abondant et continu ; la sonde ayant déprimé la tumeur qui s'élevait derrière le col et produisait la difficulté d'uriner, tend à sortir de la vessie par l'élasticité de la tumeur qui se redresse.

Pendant que l'urine coule, on porte la courbure de la sonde à droite

et à gauche, en même temps qu'on la ramène vers le col, jusqu'à ce que le liquide cesse de sortir. Les mouvements de latéralité n'ayant rien révélé, et l'extrémité de la sonde étant replacée sur la tumeur, ce qui est indiqué par la suppression du jet d'urine, on a une mesure approximative du volume de la tumeur.

On ferme ensuite le robinet, de manière à empêcher l'urine de sortir, et pour laisser à la sonde la facilité de se mouvoir ; on renverse sa courbure vers le trigone, et on la ramène contre l'ouverture uréthro-vésicale. Si la tumeur est pédiculée on peut, par des mouvements de rotation, placer la sonde à droite, à gauche, entre la tumeur et le col. »

Les difficultés des explorations augmentent avec le volume des productions morbides et les complications qui les accompagnent. Les recherches les plus habilement faites n'apprennent souvent rien, et, dans certaines circonstances, il y a impossibilité de faire quelque recherche que ce soit.

Cependant, lorsque la tumeur est dans la vessie, il est possible de mouvoir les instruments avec liberté, après avoir distendu l'organe. Toutefois cette facilité, quand elle existe, ne fait pas davantage apprécier la nature et la forme de la tumeur. Civiale préfère le lithoclaste au trilabe pour faire ses recherches. Si la tumeur est isolée et très-saillante, on peut la saisir, et l'écartement des mors indique à peu près un de ses diamètres; si elle est à large base et peu saillante, ou si plusieurs sont accolées, l'exploration ne fait rien connaître, si ce n'est la présence d'une production morbide. Il est en effet presque impossible de juger du volume d'une tumeur, par l'écartement des mors de l'instrument; toujours une portion plus ou moins grande déborde la largeur des mors, qui s'enfoncent dans le fongus et font croire à un volume moindre qu'il n'est en réalité.

Ces manœuvres sont difficiles et douloureuses ; elles doivent être faites à plusieurs reprises, et sont souvent sans résultat. Cependant, on ne doit pas y renoncer, puisqu'elles ont la seule chance de ne pas faire instituer des traitements dont l'inutilité aggrave généralement la situation des malades.

On a aussi employé les bougies de cire molle; mais Civiale les rejette avec raison, car on ne peut savoir si l'empreinte qu'elles gardent a été produite par la tumeur ou par les inégalités du canal de l'urèthre.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

La difficulté que présente le diagnostic des Polypes vésicaux n'a pas permis à la plupart des auteurs, avant Civiale, d'indiquer, à leur sujet, un traitement rationnel. Chopart dit que tous les remèdes internes sont impuissants, que les moyens locaux demeurent également sans effet, et qu'il ne faut compter sur eux qu'autant qu'on a en vue de tenir le cours de l'urine libre, d'empêcher l'accroissement de la tumeur, la dilatation et la varicosité de ses vaisseaux, et sa dégénérescence cancéreuse. Il conseille simplement d'éviter tout excès dans le régime de la vie, les exercices immodérés, les secousses du corps, les grands efforts de la respiration, les plaisirs vénériens, et tout ce qui est capable d'irriter la vessie. Il recommande aussi de tenir le ventre libre, de prendre des boissons légèrement diurétiques, etc., etc., de se tenir debout pour satisfaire aux besoins d'uriner, et, si l'urine coule difficilement, d'avoir recours aux sondes flexibles, notamment le matin et le soir.

Boyer s'est borné à reproduire les opinions de Chopart. Sœmmering propose l'usage du mercure et un régime doux.

Plus tard Civiale, dans ses Lettres à l'Académie des sciences, l'une en 1828, l'autre en 1834, indique plusieurs procédés chirurgicaux pour attaquer les Polypes de la vessie. Il avait commencé ses expériences par le procédé de la ligature. Mais les difficultés qu'il rencontra à l'application

de l'anse de fil de platine qu'il employait, lui firent rejeter son procédé. Il ne cite d'ailleurs qu'un seul cas où la ligature fut possible, et encore la tumeur, qui siégeait vers le col vésical, ne fut-elle liée qu'imparfaitement.

Plus tard, il fut conduit à employer l'arrachement, à la suite d'une opération de lithotritie chez un Anglais, dans laquelle, en cherchant à déterminer si le broiement de la pierre était praticable, il enleva, sans produire de douleur chez le malade, un fongus pédiculé, du volume d'un pois ordinaire, et de consistance très-molle.

Il employa ce procédé un certain nombre de fois, et dans un cas où le polype présentait un volume considérable, il put, en l'extrayant par lambeaux, faire l'ablation totale de la tumeur, sans que la vie du malade en pût être compromise. Le procédé de l'arrachement est facile à mettre en pratique. La pince à trois branches, ou le trilabe, est l'instrument le plus facile pour l'exécuter. Seulement, il faut avoir soin que le lithotriteur glisse avec beaucoup de facilité dans la canule de la pince, pour éviter des erreurs préjudiciables au malade, si la résistance du polype était trop faible.

Voici comment on opère :

Après avoir fait une injection pour distendre la vessie, on introduit lentement le trilabe, on l'ouvre largement et on le retire vers soi. Le dos des branches s'applique contre le col, et en tirant légèrement l'instrument, les surfaces de l'organe sont tendues par l'élasticité des branches de la pince. On donne au trilabe de légers mouvements latéraux pour s'assurer que l'une des branches ne repose pas sur la surface du fongus ; ces mouvements, et une légère rotation de la pince, font entrer la tumeur dans un des espaces qui séparent les branches, ce dont on s'aperçoit par la difficulté de continuer les mouvements de rotation. Ensuite on rapproche les branches sans secousses, afin de ne pas déplacer la tumeur ; on pousse le lithotriteur contre elle sans pression, et l'on ferme le trilabe en portant la canule vers les branches. Enfin, on la serre fortement en la tenant immobile, et on opère l'arrachement par une traction brusque en avant ou vers le sommet de la vessie, suivant le volume de la tumeur.

Lorsque la base est large, Civiale propose de détruire le polype par

écrasement; on le broie avec le lithotriteur, entre les branches rapprochées du trilabe.

Ce procédé est celui qu'il a employé avec le plus de succès. Mais, dit-il, il y a une précaution qu'on ne doit pas négliger : c'est de choisir un trilabe dont les mors aient beaucoup de résistance, car, avant de faire agir le lithotriteur pour écraser la fongosité, il faut serrer celle-ci avec beaucoup de force, afin de détruire autant que possible la sensibilité et d'éviter des douleurs au malade. Il conseille même, dans le cas de tumeur dure à base large, de donner une sorte de tranchant aux côtés des branches du trilabe pour que la portion saignante du fongus puisse se détacher plus facilement.

Nous ne citerons que pour mémoire le procédé de cathétérisme forcé, proposé par Mercier. On comprend tous les dangers d'une manœuvre aussi incertaine.

Enfin, Civiale s'est servi du nitrate d'argent, après l'arrachement, pour détruire les racines de ces productions pathologiques ; mais les résultats obtenus sont peu satisfaisants, et l'on doit rejeter ce procédé.

Tels sont les divers procédés de traitement proposés par Civiale. Comme nous le voyons, ce sont des procédés chirurgicaux qui demandent, pour leur application, l'intégrité du canal de l'urèthre, et qui ne sont pas d'ailleurs sans danger, dans bien des cas, pour la vie du malade. Ils exposent en effet à des hémorrhagies, à des contractures de la vessie, et, lorsque la tumeur se reproduit, ce qui s'observe souvent, le malade qui a survécu n'a obtenu qu'un faible bénéfice d'une opération aussi grave.

Ces raisons et d'autres plus sérieuses encore, telles que l'impossibilité de l'opération, à cause du volume de la tumeur, ou des obstacles que présente, dans beaucoup de cas, le rétrécissement du canal de l'urèthre à l'introduction des instruments lithotriteurs, nous ont conduit à chercher un mode de traitement à la fois plus simple et plus général.

Nous avons déjà vu que, dans les cas de Polypes développés aux dépens de la muqueuse vésicale, ils cèdent facilement à l'ablation de la pierre, qui est leur cause première ou qui contribue à leur développement. Nous croyons donc devoir, dans ces cas, renoncer à toute intervention chirur-

gicale autre que la destruction du calcul, et nous borner à un traitement palliatif. Il doit consister surtout à faire cesser les accidents qui résultent de la difficulté d'uriner et de la rétention d'urine. On y parviendra par un cathétérisme journalier, continué jusqu'à ce que l'obstacle formé par le fongus ait disparu avec lui.

Dans les cas plus graves où, comme nous l'avons vu chez notre malade, on doit penser à une hypertrophie du lobe moyen de la prostate, soit à cause de l'absence de calcul, soit à cause de l'âge du sujet, soit aussi à cause de la consistance et de la forme de la tumeur, nous proposerons le traitement employé récemment par C. Heine [1] pour la cure radicale de l'hypertrophie prostatique. Cet auteur rapporte plusieurs cas d'hypertrophie de la prostate guéris par des injections de teinture d'iode dans le parenchyme de cette glande. Ses Observations, au nombre de six, démontrent que, sous l'influence de la teinture d'iode, la prostate diminue notablement de volume (de 6 millimètres en hauteur et de 3 en largeur comme moyenne).

Chez les malades qui furent soumis à cette opération, on n'eut à constater ni abcès de la prostate, ni de réaction fébrile notable, même après dix injections. Dans un cas seulement, survint un léger accès de fièvre, que Heine pense expliquer par le cathétérisme. Dans un autre cas, il est fait mention d'un certain degré d'irritation de la vessie qui persista pendant deux ou trois jours, et put être attribué à la pénétration dans la vessie d'une petite quantité du liquide injecté. Quelques expériences cadavériques, que l'auteur institua à cette occasion, prouvèrent en effet que la teinture d'iode pouvait s'infiltrer dans la portion prostatique de l'urèthre par les canaux excréteurs de la glande.

Quant aux troubles des fonctions urinaires, ils furent sensiblement amendés ; aussi, malgré l'inconvénient de trois récidives auxquelles il fut facile à l'auteur de remédier par de nouvelles injections, nous pensons que ce traitement pourrait donner les résultats les plus heureux dans les cas de Polypes du lobe moyen de la prostate que nous avons étudiés. Nous

[1] Heine ; *Arch. f. Klin. chirurgic.*, XV[e] vol, 12[e] fasc., pag. 79 (1874).

avons vu en effet par l'examen histologique de notre tumeur, que les éléments glandulaires existaient ; Virchow lui-même a démontré que, dans la plupart des cas, cette partie de l'organe acquiert un certain développement, ce qui l'a conduit, comme nous l'avons vu, à donner aux polypes de la vessie, qui en sont une dépendance, le nom de myôme hyperplasique de la prostate.

Or, s'il en est ainsi, pourquoi ne pas employer pour les polypes vésicaux d'origine prostatique un traitement aussi inoffensif en cas d'erreur, et toujours avantageux dans tous les autres cas? Nous ne voyons pas, d'objections à ce sujet et, malgré l'absence d'Observations affirmatives à cet égard, nous pensons qu'il est utile d'attirer l'attention des chirurgiens sur ce traitement, que nos comparaisons justifient, en attendant que des faits positifs viennent, comme nous l'espèrons, démontrer la valeur de nos prévisions.

Voici les indications relatives au manuel opératoire :

On conduit, sur l'indicateur placé dans le rectum, la canule d'un trocart fin, sur lequel, après avoir fait la ponction, on engage la seringue de Pravaz. Il faut, avant de pousser l'injection, s'assurer que l'aiguille qui a pénétré à deux lignes environ dans le tissu de la glande communique à celle-ci tous les mouvements qu'on lui imprime. On pousse alors quinze ou vingt gouttes d'une solution au quart de teinture d'iode dans de l'eau distillée, additionnée d'un peu d'iodure de potassium. Il faut éviter, en ponctionnant, de blesser une petite artère que l'on sent battre sous la muqueuse rectale, et à laquelle Heine a donné le nom d'artère médiane de la prostate. Les malades seront tenus deux jours au lit, et observeront une diète sévère.

FIN.

Vu, permis d'imprimer.
Le Président-Censeur,
ESTOR.

Permis d'imprimer.
Pour le Recteur,
L'INSPECTEUR DELÉGUÉ
COURCIÈRE.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(*Arrêté du 22 mars* 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Les préparations chimiques et pharmaceutiques dont la magnésie fait partie.

Physique médicale.

Des applications de l'électricité à la médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Caractériser les trois classes des dicotylédones et des monocotylédones, et des gymnospermes.

Anatomie.

Origine et distribution des divers nerfs de la langue.

Anatomie pathologique et histologie.

Décrire les altérations anatomiques dans l'alcoolisme chronique.

Physiologie.

Qu'est-ce qu'on entend par forces médicatrices ?

Pathologie et Thérapeutique générales.

Nécessité de distinguer les diverses modalités des causes.

Pathologie médicale ou interne.

Diagnostic différentiel de la rougeole et de la scarlatine.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Du tétanos traumatique.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des indications dans les maladies simples.

Opérations et Appareils.

De la meilleure méthode pour l'opération de la fistule lacrymale.

Médecine légale et Toxicologie.

De l'infanticide.

Hygiène.

Causes et prophylaxie du scorbut.

Accouchements.

Influence de la grossesse sur l'axe cérébro-spinal au point de vue de la sensibilité spéciale, de l'intelligence, des états moraux et affectifs.

Clinique interne.

Influence des maladies épidémiques sur les maladies sporadiques.

Clinique externe.

Des diverses espèces d'ophthalmies et des moyens de les reconnaître.

Histoire de la Médecine.

Des fièvres pernicieuses, au point de vue historique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contributions à l'étude des polypes de la vessie.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Professeurs.

MM.	
BOUISSON, O. ✻ ✠. Doyen.	*Opérations et appareils.*
BOYER ✻.	*Pathologie externe.*
DUMAS ✻.	*Accouchements.*
FUSTER ✻, ✠.	*Thérapeutique et matière médicale.*
MARTINS, O. ✻, ✠ ✠.	*Botanique et Histoire Naturelle médicale.*
DUPRE ✻ C. ✠.	*Clinique médicale.*
BENOIT ✻, ✠.	*Anatomie. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
ANGLADA ✻.	*Pathologie médicale.*
COURTY, ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BÉCHAMP ✻, ✠.	*Chimie médicale et pharmacie.*
ROUGET ✻.	*Physiologie.*
COMBAL ✻, ✠.	*Clinique médicale.*
FONSSAGRIVES, O. ✻✠✠✠✠.	*Hygiène.*
MOUTET.	*Clinique chirurgicale.*
CAVALIER.	*Pathologie et thérapeutique générales.*
MOITESSIER ✻.	*Physique médicale.*
ESTOR, Présid.	*Anatomie patholog. et histologie.*
JAUMES, *Examin.*	*Médecine légale et toxicologie.*
	Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

CASTAN, agrégé.	*Histoire de la médecine.*

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
PÉCHOLIER.	SICARD.
BOURDEL.	MASSE.
CASTAN.	HAMELIN.
GARIMOND.	GRYNFELTT.
VIGNAL, *Examin.*	DE GIRARD.
BERTIN.	EUSTACHE.
SABATIER ✻.	SERRE, *Examin.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!